FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 avril 1883, à 1 heure.

PAR GUSTAVE MASCHAT,

Né à Tulle (Corrèze), le 31 mai 1858.

N° 184



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANOMALIES DE LA MAMELLE

Président : M. PAJOT, *professeur.*

Juges : MM. DEBOVE, *professeur.* CHARPENTIER, PINARD, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAJOT

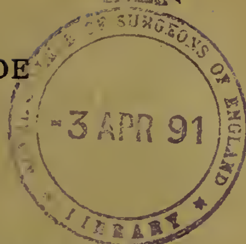
Professeur d'accouchements, maladies des femmes et des nouveau-nés
à la Faculté de médecine de Paris, etc.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PINARD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Accoucheur des hôpitaux, etc.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE



DES

ANOMALIES DE LA MAMELLE

INTRODUCTION.

Pendant que nous suivions le service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion d'observer deux variétés d'anomalies de la mamelle. Ces faits attirèrent d'autant plus notre attention, que M. le Dr Pinard, exposant les difficultés que peut présenter le diagnostic, nous montra combien il était important d'éviter une erreur, au moment des suites de couches, alors que la sécrétion lactée va s'établir.

Nous avons trouvé réunies, dans les ouvrages publiés sur ce sujet, un certain nombre d'observations, mais dans presque toutes il s'agissait de mamelles complètes pourvues d'une aréole et d'un mamelon. Ces deux signes, d'une haute importance pour le diagnostic, manquaient précisément dans les cas soumis à notre

observation, et si dans un cas la mamelle était indépendante, dans les deux autres elle se reliait si nettement et par un pédicule si volumineux à la glande normale, qu'elle en était plutôt un simple prolongement.

Ces faits, dont nous montrerons autant que possible l'intérêt clinique, nous ont paru également intéressants au point de vue tératologique. Ce sont ces deux côtés de la question que nous allons essayer d'exposer.

M. le Dr Pinard a bien voulu, pour cette étude, nous aider de ses savants conseils; qu'il nous soit permis d'offrir ici à notre excellent maître le témoignage de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

HISTORIQUE.

Signalées depuis longtemps à l'attention des médecins, les mamelles surnuméraires ont pu être étudiées à plus d'un titre.

Cependant il en a été de ces organes anormaux comme de toute anomalie, et jusqu'aux premières années du XVIIIe siècle, les observations sont vagues, incomplètes. C'est la période appelée fabuleuse par Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, où l'intérêt scientifique n'est pour rien, la curiosité, sinon la superstition, occupant le premier rang.

A partir de cette époque, la valeur de l'observation commence à être comprise et Haller (1) dans son traité « de Monstris » s'appuie sur des faits recueillis le plus souvent avec soin et exactitude.

Dès ce moment, faire l'historique des mamelles surnuméraires serait citer toutes les observations et les recueils qui les contiennent, chacun suivant les circonstances étudiant un des côtés de la question.

Pourtant, Percy (2), qui avait pu observer plusieurs cas de polymastie, publia dans le dictionnaire des sciences médicales un article sur les multimammes.

(1) Haller. De Monstris, 1742.

(2) Percy et Laurent. Art. Multimamme, Dictionnaire des sciences médicales, t. XXXIV.

Rangeant les mamelles surnuméraires dans les anomalies par augmentation numérique des organes, Is. Geoffroy-Saint-Hilaire (1) y voit une réminiscence de ce qui se passe chez les animaux multimammes.

Dès lors les faits deviennent plus nombreux, plus précis, et les ouvrages classiques signalent tous l'existence de ces organes anormaux.

Meckel (2), s'appuyant sur les observations de Birkett et Gorré, édifie une nouvelle théorie ; pour lui, l'homme aurait droit à cinq mamelles, deux occupant la paroi antérieure du thorax, deux autres l'aisselle, la cinquième étant située sur la ligne médiane au-dessus du nombril.

Darwin (3), dans son livre sur les variations des animaux et des plantes, déclare que les cas de mamelles surnuméraires ne sont pas rares. Et il cite particulièrement une femme, fille d'une multimamme, chez laquelle une glande sécrétant du lait s'était développée dans la région inguinale. « Ce dernier cas, ajoute-t-il, est extrêmement remarquable, si nous songeons que chez beaucoup d'animaux les mamelles sont réparties tant sur la région pectorale que sur l'inguinale, et doit nous porter à regarder, comme un cas de retour, l'apparition chez la femme de mamelles surnuméraires. »

Plus tard, il est vrai, dans son ouvrage sur la descendance de l'homme, Darwin (4) reconnaît que l'existence

(1) Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. Traité de tératologie.

(2) Meckel. Anatomie comparée. Trad. franç., 1828.

(3) Darwin. De la variation des animaux et des plantes, t, II, p. 60.

(4) Darwin. De la descendance de l'homme, t. I, p. 135.

de mamelles errantes dans d'autres situations, même sur le dos, affaiblit et peut-être annule toute la valeur de son argumentation.

Parmi les auteurs qui ont signalé des cas de polymastie, nous citerons particulièrement : Gorré, Klob, Fœrster, Tarnier, qui ont pu faire et l'étude anatomique et l'étude histologique, ce qui leur a permis de dire que ces organes n'avaient d'anormal que le siège et le nombre. De plus nombreux ont étudié la fonction et analysé le lait.

Enfin, dans ces dernières années, le Dr Puech publie un important mémoire sur les mamelles et leurs anomalies (1876). Cet auteur rassemble toutes les observations publiées avant lui et donne, pour chacune d'elles, des indications bibliographiques que nous croyons inutile de citer de nouveau et auxquelles nous renvoyons.

En 1877, le Dr Godefrain ayant recueilli dans les hôpitaux de Paris six nouveaux cas, se rallie à la théorie du Dr Puech. Mais dans deux de ses observations, les mamelles étaient ou incomplètes, ou reliées à la mamelle normale par un pédicule ; aussi le Dr Tarnier put-il lui faire cette objection : « Vos mamelles ne sont-elles pas simplement des prolongements axillaires ? » En effet, ce dernier auteur signale dans son traité d'accouchements ces prolongements et les considère comme relativement communs, l'existence des mamelles surnuméraires étant pour lui un fait exceptionnel (1).

(1) Thèse de Godefrain. Communication verbale de M. Tarnier.

CARACTÈRE DES MAMELLES SURNUMÉRAIRES ET DES PROLONGEMENTS ANORMAUX DE LA MAMELLE.

Nous l'avons déjà dit, c'est surtout dans les recueils scientifiques que se trouvent mentionnés les cas de polymastie. Et, est-il besoin de le dire, les chiffres qu'on a pu relever n'ont aucune signification au point de vue de la fréquence de cette anomalie. Combien de faits sont restés méconnus ou n'ont pas été signalés.

Le Dr Puech (1), qui a réuni tous les faits publiés à partir du XVIIIe siècle et offrant des données scientifiques suffisantes, n'arrive qu'au chiffre de 74, auquel il ajoute trois observations inédites.

NOMBRE. — Dépouillées au point de vu edu nombre, les observations, d'après le même auteur, se répartissent en trois catégories. La première comprend les individus à trois mamelles qui ont été relevés 46 fois ; la seconde, les individus à quatre mamelles qui ont été rencontrés 29 fois ; la troisième, les deux sujets observés par Gorré et Birckett et qui avaient cinq mamelles.

SIÈGE. — Leur siège présente aussi de grandes variabilités. Lorsqu'elles sont doubles, sauf chez une femme citée par Scalzi (2), les mamelles surnuméraires sont

(1) Dr Puech. Des mamelles et de leurs anomalies, 1876, p. 69.
(2) Scalzi. Mouvement médical, 1873, p. 567.

symétriques, mais on doit remarquer que, presque toujours, elles se trouvent dans le voisinage et en dehors de la glande normale. Par ordre de fréquence, nous les trouvons situées, au-dessous de la mamelle, puis à l'aisselle, à l'épigastre, deux fois à l'épaule, une fois à la cuisse. Mais si les points extrêmes, épaule et cuisse, ne peuvent être mis en doute, il ne saurait en être de même pour le dos, les observations n'étant pas assez précises.

Quant à la direction que peuvent prendre les prolongements, ceux que nous avons observés étant axillaires, nous avons à cet égard cherché à nous renseigner. A notre grand regret, le Dr Tarnier n'a pu nous communiquer d'observations, mais il nous a confirmé ce que nous avions remarqué dans nos recherches bibliographiques, c'est qu'elles étaient excessivement rares. Aussi, citons-nous entièrement le passage que le professeur de la Maternité consacre à ces prolongements (1). « Lorsque le lait est sécrété avec abondance, les îlots glandulaires se dessinent sous les téguments, on peut même apprécier leurs contours d'une façon assez exacte. C'est alors qu'on distingue les différents prolongements que présentent, dans certains cas, les glandes mammaires ; ces prolongements se dirigent quelquefois à la partie interne, jusqu'à la ligne médiane, plus souvent à la partie externe. Dans ce dernier cas, il est facile de constater dans le creux axillaire une glande supplé-

(1) Tarnier et Chantreuil. Traité de l'art des accouchements, 1882, p. 780.

mentaire en connexion avec la glande principale. Nous avons encore observé ces prolongements, se dirigeant en haut sous forme de cordons noueux et remontant jusqu'au bord inférieur de la clavicule. »

Nous l'avons dit plus haut, notées dans des régions diverses, les mamelles surnuméraires siègent le plus souvent à la région latérale du corps. Nous appuyant sur les paroles du Dr Tarnier, nous pouvons dire qu'il en est de même pour les prolongements et c'est surtout par leur siège plus fréquent dans le creux axillaire qu'il deviendra important de les reconnaître. Cette prédominance, croyons-nous, peut trouver une explication suffisante dans l'étude de la mamelle normale, et si nous examinons sa forme, chez la femme adulte, nous voyons que sa circonférence n'est pas régulière et que ses lobes sont inégaux. Isolée des parties qui l'entourent, la glande mammaire revêt la forme d'un disque irrégulièrement circulaire, nettement limité en dedans, plus vaguement en dehors. Il suffit de palper cet organe, alors que la fluxion mammaire s'y produit, pour voir que sa circonférence n'est pas régulière en dehors et que certains lobes proéminent plus ou moins par rapport aux autres. Même différence si l'on considère la région mammaire. Limitée par sa saillie sur les parties voisines, elle n'offre de ligne de démarcation nette, quelquefois brusque, qu'en bas et en dedans. C'est donc du côté externe que devaient se trouver le plus souvent les prolongements glandulaires ; c'est, en effet, ce qui a été signalé.

Volume. — Quant au volume, les mamelles surnuméraires restent toujours plus petites que les glandes normales. Chez les individus à quatre mamelles, il arrive que l'une d'elles est moins volumineuse que l'autre. Chez la femme à cinq mamelles, il y avait quatre mamelles pleines de lait et très saillantes, la cinquième était rudimentaire. M. Tarnier (1) est le seul auteur qui en ait trouvé de très développées; chez la femme qu'il observa, les quatre mamelles étaient tout aussi développées, donnaient autant de lait les unes que les autres. En dehors de ce fait, les auteurs jugent qu'elles ont le quart, le tiers de la glande normale. Dans notre observation III, elle avait le volume d'une amande; dans le cas de Perreymond (2), celui d'un œuf de pigeon. Ailleurs, c'est le volume d'une petite orange, d'une grosse noix, d'une pomme d'api, d'un œuf.

Les prolongements présentent des différences semblables, différences qui peuvent aussi tenir à leur siège, leur longueur étant évidemment plus limitée en dedans qu'en dehors. Dans une de nos observations (obs. II) on les voit s'élever jusqu'au creux axillaire ; dans l'autre (obs. I), la cavité de cette région est effacée par une saillie trilobée, s'avançant jusqu'à la face interne et supérieure du bras. Celui de droite, dans ce dernier cas, est plus volumineux que l'autre.

Forme. — La forme est également variable : tantôt les mamelles ont une forme arrondie, sphérique, tantôt

(1) Cazeaux. Traité des accouchements, revu par Tarnier, p. 86.
(2) Perreymond. Union médicale, 1874, 3e série, t. XVIII, p. 865.

elles sont allongées, ovoïdes, le diamètre transverse étant, ou plus grand ou plus petit que le vertical. Nous avons vu comparer les prolongements à des cordes noueuses. Dans notre seconde observation, ils ont une forme ovoïde, à grand diamètre antéro-postérieur, dans l'autre, long de 9 centimètres et large de 4, les prolongements ressemblaient à une plaque de tissu glandulaire formée de petits lobes plus ou moins saillants.

Hérédité. — Enfin, plusieurs auteurs, Robert et Scalzi, ont constaté l'hérédité des mamelles surnuméraires. Pétrequin (1) cite le cas d'un père dont les cinq enfants présentent la même anomalie, trois fils l'ont à droite, deux filles à gauche.

Nous parlerons plus loin de ce qui a été dit de la fonction de ces glandes accessoires, nous dirons les phénomènes qu'elles présentent, soit au moment de la puberté, soit à la première grossesse.

Anatomie. — Nous allons rappeler très rapidement ce qui en a été dit au point de vue anatomique. Fœrster, ayant extirpé une glande devenue carcinomateuse, examine au microscope les fragments sains qui avaient la même structure que les mamelles. Klob en fait également l'étude histologique et déclare que les conduits galactophores revêtus de l'enveloppe épithéliale se terminaient en cul-de-sac dans le stroma enveloppant ; en un mot, la glande était constituée comme une mamelle

(1) Pétrequin. Gazette médicale, Paris, 1835, p. 187.

virginale. A l'autopsie, Tarnier peut également constater que la substance glandulaire existait en abondance dans les quatre mamelles et que toutes contenaient du lait. Par des injections vasculaires, Gorré, cité par Percy, a pu montrer les connexions vasculaires existant entre les mamelles normales et anormales.

Nous avons lu un grand nombre d'observations, et, nous le répétons, dans presque toutes, il s'agissait d'un organe complet, l'absence du mamelon et de l'aréole étant rarement notée. Godefrain, qui se ralliait à la théorie de Puech, avait remarqué, sur six observations, que dans deux il y avait un pédicule de nature glanduleuse. Dans un cas, nous voyons ce pédicule atteindre la grosseur du doigt ; dans un autre, la glande surnuméraire émet deux prolongements, l'un, qui va à la glande normale, a le volume d'une plume de corbeau, l'autre, qui est libre, celui d'une noisette. C'est sur l'existence de ces pédicules et sur leur différence de volume que Godefrain s'appuyait pour établir divers degrés de segmentation pouvant s'accentuer et amener la formation d'une glande indépendante.

Dans nos observations, nous voyons les prolongements, au moment où ils arrivent à la circonférence de la mamelle, présenter un point rétréci, mais encore très volumineux. A ce niveau il est encore facile de distinguer des grains glanduleux, de sorte que depuis la mamelle jusqu'au sommet du creux axillaire et au bras, la palpation nous donne partout les mêmes sensations.

MODE DE FORMATION.

Nous n'avons pas l'intention de rechercher pourquoi ces anomalies existent dans l'espèce humaine. Certes, aux mamelles surnuméraires s'attache un intérêt anthropologique tout particulier; mais que ces anomalies soient réversives ou non, nous nous bornerons à envisager leur mode de formation et spécialement ce qui a été dit à ce sujet.

Le développement embryonnaire des mamelles est celui de toutes les glandes de la peau, qui ne sont qu'une émanation du feuillet externe du blastoderme, doublé du feuillet moyen. Elles sont d'abord représentées par un minime prolongement de la couche muqueuse de Malpighi, ayant refoulé le derme sous-jacent. Les différents lobes qui constitueront l'organe développé naissent de la face profonde de ce bourgeon unique et sont formés par autant de prolongements d'un développement très inégal, dit Kolliker (1), et qui s'éloignent du centre comme autant de rayons, les uns courts et renflés, les autres longs et pourvus de trois à quatre diverticules à leur extrémité.

Serait-il possible de distinguer chez l'embryon le rudiment des mamelles surnuméraires et d'étudier leur première évolution ? Cette étude que le hasard peut seul rendre possible n'a pas été faite. Les théories ne s'ap-

(1) Kolliker. Traité d'embryologie, 1882. Trad. franç. par Aimé Schneider, p. 830.

puient donc pas sur l'embryogénie, mais seulement sur l'organe complètement développé et arrivé le plus souvent à sa période d'activité.

Il suffit de se rappeler les théories de Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, Darwin et Meekel et les conséquences qu'ils en tirent pour comprendre que ces savants admettent comme chez les multimammes autant de bourgeons primitifs que de mamelles.

Le Dr Puech déclare l'ancêtre multimamme de pure fantaisie, et après avoir reproché à Is. Geoffroy-Saint-Hilaire de négliger le fait de Gardeur (1), pour ranger tous les faits sous sa loi générale, s'attache lui aussi à ne donner qu'une seule explication. « Puisque, dit-il, à l'état physiologique le microscope découvre des grains glanduleux détachés de la glande et comme égarés dans la peau du mamelon, pourquoi l'esprit s'obstinerait-il à repousser leur détachement en un noyau plus compacte, destiné à former une mamelle surnuméraire? La pierre d'achoppement est la distance existant entre celle-ci et la glande-mère, mais ces distances, qui sont grandes chez l'adulte, sont, en réalité, peu considérables chez l'embryon (2). »

Mais les distances ne sont pas si peu considérables chez l'embryon qu'elles puissent être négligées, surtout lorsqu'il faut admettre comme « condition *sine qua non* » une migration aussi variable dans ses effets qu'in-

(1) Gardeur (Mamelles axillaires). Obs. publiées dans le dictionnaire des sciences médicales, article Multimamme.

(2) Puech. Loc. cit, p. 74.

connue dans ses causes « portant le fragment détaché où il a été retrouvé » (1).

La peau est déjà formée quand apparaissent les premiers rudiments de la mamelle, et, la migration, pour être admise, aurait besoin de preuves. Si nous n'avons là qu'un fragment détaché de la glande mammaire, comment expliquer la présence du mamelon et de l'aréole qui eux aussi font partie du fait anormal ? Suffit-il que du tissu glandulaire se trouve dans une région pour qu'un mamelon s'y développe et que les canaux galoctophores viennent y aboutir ? Le développement de l'un n'est-il pas corrélatif de l'autre ?

Ce n'est pas seulement par leur situation et leur nombre que ces organes sont anormaux, c'est encore parce qu'ils se développent en un point variable des téguments, point où ils n'existent pas normalement. Une autre affirmation s'impose avec cette théorie, c'est que les mamelles surnuméraires de la cuisse, de l'épaule, comme celles des régions sous-mammaire ou axillaire, ont dû forcément se former dans une région déterminée, région où doit naître et se développer la glande normale. Ce serait donc fixer une limite à l'anomalie, à la déviation organique, lui tracer un point de départ et une marche alors que toutes les conditions qui la produisent nous sont inconnues.

Le Dr Puech reconnaît du reste les imperfections de sa théorie, mais il ajoute plus loin qu'aucune hypothèse, en l'état actuel de la science, ne saurait lui être préférée.

(2) Puech Loc. cit. p. 75.

C'est à notre avis aller un peu loin et puisque nous sommes en présence d'un type irrégulier, d'une mamelle anormale à tous les points de vue, il nous semble permis de croire qu'elle s'est développée au point où elle se trouve, région inguinale ou sous-mammaire. Un des meilleurs arguments de cette théorie, qui compte des hypothèses nombreuses, est la forte tendance qu'offre le fragment détaché à s'arrêter aux alentours de la glande, d'où il émanerait. Et Godefrain (1) trouvait dans la disposition anatomique de certaines mamelles un nouvel argument, savoir : « Un commencement de segmentation préexistant et s'accentuant sous l'influence des causes qui produisent la congestion et l'hypertrophie mammaire. » Ainsi ce pédicule qu'il avait observé pouvait s'étirer, s'amincir et même disparaître et servant de transition, établissant divers degrés d'évolution entre les mamelles surnuméraires concourait à expliquer cette migration de cause inconnue.

Si nous prenons les observations de mamelles surnuméraires complètes, nous trouvons les caractères suivants :

Une situation variable (épaule, cuisse, régions sous-mammaire, axillaire ou épigastrique) ;

Un parfait isolement et une distance de plusieurs centimètres au moins entre les glandes accessoires et les glandes normales ;

Un mamelon plus ou moins volumineux, érectile,

(1) Godefrain. Thèse de Paris, 1877. Essai sur les mamelles surnuméraires.

laissant couler du lait, comme nous le verrons plus loin;

Une aréole plus ou moins pigmentée;

Une évolution identique à celle de la glande normale, c'est-à-dire présentant différentes phases d'atrophie ou d'activité, suivant les périodes de la vie génitale de la femme.

Ce sont bien là, croyons-nous, les caractères d'un organe complet et de même que nous constatons aujourd'hui des mamelles complètement développées et bien distinctes, de même on aurait pu constater chez le fœtus autant de rudiments plus ou moins rapprochés, mais également distincts. La distance existant entre les mamelles normales et anormales était évidemment moins grande pendant la vie intra-utérine, mais cette distance est relative et on ne peut pas plus la négliger à une époque qu'à l'autre.

Voyons maintenant les caractères des prolongements. Ici la situation est moins variable, c'est au creux axillaire qu'on les trouve le plus souvent, rarement dans la région sous-claviculaire ou épigastrique. Le tissu glandulaire n'est plus réuni en une seule masse bien isolée, et il n'y a pas d'interruption entre la mamelle et le prolongement; aussi bien sur le point rétréci que partout ailleurs, il est facile de sentir des grains glanduleux.

Sur la peau rien de particulier, pas de mamelon, pas d'orifice, pas la moindre trace d'aréole ; mais nous retrouvons les phases d'activité et d'atrophie propres à tout tissu mammaire.

Nous avons dit que dans certains cas les mamelles surnuméraires n'avaient ni mamelon ni aréole ; nous avons dit aussi que les observations étaient rares. Le diagnostic est plus difficile et elles ont pû rester méconnues. Cependant un premier caractère ressort de l'étude des observations ; ces mamelles incomplètes siègent au-dessus de la glande normale et généralement, pour ne pas dire toujours, dans le creux axillaire. Nous ne voulons pas dire qu'il soit impossible de les trouver dans d'autres régions, nous constatons seulement qu'en cela elles ressemblent aux prolongements et diffèrent des mamelles complètes qui ont été le plus souvent signalées dans les régions sous-mammaires. Comme ces dernières elles sont isolées de la glande normale ; mais dans une observation citée par le D[r] Godefrain, l'existence d'un cordon reliant la glande accessoire à la mamelle est signalée. Sur cette connexion observée dans un autre cas s'appuyait la théorie de Godefrain. Nous résumons en quelques mots ces deux observations (1).

Dans l'une les mamelles surnuméraires possèdent un mamelon qui laisse sortir du lait ; elles sont constituées par trois lobes et l'un d'eux se relie à la glande normale par un cordon de la grosseur du petit doigt.

Dans l'autre, la glande offre le volume d'un œuf d'oie, mais ne présente ni mamelon, ni aréole ; elle est reliée à la mamelle par un petit cordon du volume d'une plume de corbeau.

(1) Godefrain. Loc. cit. Observations XI et XII.

Ainsi nous aurions là deux faits identiques n'offrant qu'une différence, la présence du mamelon dans le premier, dans le second son absence. Un fragment s'est détaché et si la segmentation, la migration n'avaient pas été arrêtées dans leur marche, ce fragment aurait pu aller former soit dans la région axillaire, soit dans la région inguinale ou sous-mammaire, une mamelle surnuméraire complète. Les prolongements ne sont plus alors que des mamelles arrêtées encore plus tôt dans leur segmentation ou leur migration. Tous ces faits, loin d'être d'un ordre différent, rentreraient donc sous la même loi, établiraient une transition, une série dans ces anomalies.

Nous ne croyons pas que de semblables conclusions puissent être tirées de l'étude que nous venons de faire. Il est difficile d'admettre que la glande inguinale, que les glandes signalées par Tarnier ne sont que des fragments détachés de la glande normale, surtout si l'on se rappelle l'époque d'apparition et le développement des mamelles chez l'embryon. Godefrain voit dans ce fait unique de mamelles complètes (1), rattachées à la mamelle normale, une preuve de ce qui se serait passé dans les autres cas de polymastie. Cette connexion ne peut-elle pas trouver son explication dans la faible distance qui sépare les deux glandes, puisque pour être applicable à tous les cas, une telle explication suppose forcément une migration de cause inconnue et parfois héréditaire. Nous préférons admettre que, par suite d'une

(1) Godefrain. Loc. cit. Observations XI.

déviation organique, une mamelle surnuméraire peut se développer en une région où normalement ne se trouvent pas de pareils organes. La polymastie rentrerait dès lors dans les anomalies par augmentation numérique des organes.

Nous avons vu que les lobes de la mamelle présentaient à l'état normal des différences de longueur aussi bien chez l'embryon que chez l'adulte ; l'un d'eux peut acquérir une différence de longueur plus considérable et constituer les prolongements anormaux de la glande mammaire signalés par les professeurs Tarnier et Pinard. Ce seraient des anomalies par excès de développement, anomalies fréquentes alors que la polymastie serait rare.

Dans quelle classe rangerons nous les mamelles surnuméraires incomplètes. L'interprétation est plus difficile. Cependant, par certains de leurs caractères, par leur siège, elles se rapprochent plus des prolongements et, si les observations étaient plus nombreuses, la théorie de la segmentation leur serait peut-être applicable. Si l'on se rappelle que les lobes sont représentés chez l'embryon par des petits bourgeons munis à leur extrémité de deux ou trois diverticules, premier rudiment des lobules et des acini, on peut admettre qu'une séparation a pu se produire. Pour nous, loin d'établir une différence de développement, un degré d'évolution, permettant de n'attribuer aux mamelles surnuméraires qu'un seul mode de formation, l'observation de Godefrain (1) tendrait plutôt à prouver que les prolonge-

(1) Godefrain. Loc. cit. Observation XII.

ments peuvent à un moment donné se séparer de la glande principale et constituer une glande indépendante. Mais nous ne croyons pas qu'un mamelon auquel aboutissent des canaux galactophores, puisse se former au niveau de ce tissu glandulaire s'il n'est qu'un fragment détaché de la mamelle.

Nous n'avons pas assez d'éléments pour être plus affirmatif sur le mode de formation des mamelles surnuméraires privées de mamelons, c'est une simple hypothèse que nous exposons et à laquelle, nous le savons, on peut objecter que les mamelles normales ayant été dans quelques cas privées de leur mamelon, il peut en être de même pour des glandes surnuméraires.

DÉVELOPPEMENT DES MAMELLES SURNUMÉRAIRES ET DES PROLONGEMENTS ANORMAUX DE LA MAMELLE.

Les caractères anatomiques et histologiques des mamelles surnuméraires ont été constatés plusieurs fois et nous avons vu que leur structure n'avait rien d'anormal. Elles sont formées par une masse plus ou moins volumineuse de tissu glandulaire, mais lobes, acini, canaux galactophores, sont identiques à ceux de la glande normale. Constituées par les mêmes éléments, elles doivent donc subir dans leur évolution physiologique les différentes phases que présentent les mamelles, soit à la puberté, soit à chaque grossesse.

Rien n'est signalé dans les observations sur la congestion qu'ont dû présenter les mamelles surnuméraires

dans les premiers jours qui suivent la naissance. Mais nous savons que cette congestion est physiologique, qu'elle se produit chez tous les nouveau-nés et qu'elle n'attire l'attention qu'autant que par son intensité elle peut déterminer une inflammation aiguë de la glande. Il n'est donc pas étonnant que les glandes accessoires aient passé inaperçues et soient restées méconnues.]

Que les mamelles soient normales ou anormales, leur développement est soumis aux mêmes lois et se produit à des époques déterminées. Cette évolution constitue un des meilleurs signes de diagnostic, signe qui manque chez l'homme et chez l'enfant.

Pendant toute l'enfance, les mamelles surnuméraires restent atrophiées, rudimentaires, à peine signalées par la présence du mamelon. Celui-ci, en effet, n'offre que de faibles dimensions et son existence ne saurait éveiller l'idée d'une glande accessoire. C'est ainsi qu'on l'a pris tour à tour pour un nævus (1), une tache ou une marque de naissance (2), une verrue (3).

Chez l'homme, les mamelles surnuméraires restent toujours rudimentaires et ce n'est que par hasard que l'on découvre l'anomalie. Il semble résulter des statistiques que la polymastie est plus fréquente dans un sexe que dans l'autre. Nous croyons que la rareté des observations recueillies chez l'homme tient au faible volume de ces organes et au défaut de sécrétion.

(1) Robert. Journal général de médecine. Magendie, p. 57, 1827.

(2) Leclerc, de Caen. Gazette des hôpitaux, p. 338, 1852.

(3) Thèse de Godefrain. Observation recueillie à la Maternité de Cochin par M. Quenu, interne du service.

Lorsque la puberté et paraît que sa le premières règles commencent à s'établir, il n'est par rare de voir les mamelles surnuméraires prendre un certain développement accompagné de gêne, de douleurs, phénomènes qui peuvent se répéter à chaque époque menstruelle. Dans plusieurs cas, l'anomalie a été reconnue dès cette époque.

Chez la femme citée par Robert, la mamelle était le siège de douleurs et de démangeaisons comme les seins aux époques des règles, mais elle ne se développe bien qu'à la première grossesse. Dans un autre cas (1), la mamelle devenait le siège d'élancements douloureux puis redevenait indolente, et pendant quelque temps rien n'avertissait la femme de sa présence. Dans l'observation publiée par le Dr Quinquaud (2), les quatre mamelles augmentèrent de volume au moment de la puberté, et aux époques menstruelles les surnuméraires devenaient seules douloureuses. Dans notre observation III, comme dans les deux premières, où il s'agit de prolongements, la femme ne s'était aperçu de rien avant la première grossesse.

Ainsi donc, si quelquefois, dès la puberté, les mamelles surnuméraires prennent un certain développement, il peut arriver aussi qu'elles restent rudimentaires et indolentes jusqu'à la première grossesse, ce qui est constaté dans plusieurs observations. Il semble même que, le plus souvent, la montée laiteuse est né-

(1) Manotte. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, t. I, p. 21.
(2) Quinquaud. Revue photographie des hôpitaux de Paris, 1870, p. 15.

cessaire peur bien mettre en évidence l'élément glaneux de l'organe.

Dès le début de la gestation, ces organes subissent des modifications, la glande se développe, son aréole devient plus foncée et plus grande. Parfois, ces changements ne sont pas très prononcés ou se font lentement, puisque les femmes se plaignent peu de leur anomalie avant l'accouchement. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; dès le second mois de la grossesse, dit le Dr Manotte, l'aisselle droite devint peu à peu douloureuse. La glande était peu sensible à la pression, mais elle avait pris un plus grand développement.

Ces différentes anomalies, mamelles surnuméraires ou prolongements, suivant leur volume et surtout suivant leur siège, se manifesteront d'une façon particulière. Nous allons donc étudier séparément les phénomènes qu'elles présentent pendant la période puerpérale. En premier lieu, nous envisagerons les prolongements, puis viendront les mamelles incomplètes et complètes.

Pour les deux femmes que nous avons observées, la grossesse, l'accouchement, la délivrance, tout avait été régulier et normal. L'état général est très bon et, après le ralentissement du pouls, les premiers signes de la fluxion mammaire venaient confirmer le pronostic favorable des suites de couches. Les seins se congestionnent, augmentent de volume, la pression fait sortir du colostrum. Aucune douleur du reste, les femmes n'éprouvent qu'un sentiment de tension plus ou moins pénible.

Mais les mouvements du bras commencent à être gênés, un peu douloureux, une tension semblable à celle des seins se produit dans l'aisselle. Les femmes y portent la main et constatent la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse située au-dessus et en dehors de la mamelle et s'y rattachant. Cette tumeur est survenue presque subitement, a grossi, et en quelques heures, comme le raconte la malade, presque doublé de volume. Ce développement rapide est remarquable et commun à toutes les anomalies que nous étudions. C'est là un des meilleurs signes du diagnostic, et notre savant maître le faisait déjà ressortir en 1877 dans une observation de mamelles surnuméraires (1).

A l'examen de la région, on voit que le creux axillaire, surtout dans sa portion thoracique, est effacé, remplacé par une ou plusieurs saillies. La peau est tendue, mais ne présente ni chaleur, ni rougeur particulière; la peau des seins est parfaitement saine; sur le mamelon, ni fissure, ni érosion.

Si on palpe la tumeur, on remarque qu'elle est placée directement sous la peau, qu'elle n'adhère pas aux tissus voisins; sa surface est inégale, parsemée de bosselures plus ou moins saillantes, séparées par des sillons peu prononcés. En suivant les bords, on retrouve les mêmes dépressions et les mêmes inégalités. La pression détermine une légère douleur, qui n'est pas plus vive que sur la mamelle et nullement comparable à celle que

(1) Thèse de Godefrain. Observation communiquée par M. Pinard, alors chef de clinique de la Faculté.

détermine un tissu enflammé ou un ganglion engorgé. On ne trouve pas d'empâtement ou de fluctuation, mais bien la résistance élastique des îlots glandulaires. Depuis la mamelle jusqu'au creux axillaire et au bras, les sensations sont les mêmes; à travers la peau on sent de petits grains ovoïdes, formant par leur réunion des lobules et présentant la consistance des acini congestionnés.

La première impression éveille l'idée d'une adénite, mais celle-ci, outre qu'elle n'a pas une marche aussi rapide, présente des caractères qui permettent de la différencier; nous le dirons plus loin. Et si l'on examine attentivement la tumeur, on voit qu'elle ne peut être formée que par un prolongement anormal de la mamelle, et les différentes phases de la fluxion mammaire que nous y retrouvons viennent les jours suivants confirmer le diagnostic.

Que les prolongements siègent dans la région sous-claviculaire ou se dirigent vers le sternum, quels que soient leur volume ou leur longueur, nous retrouverons les mêmes caractères, les mêmes manifestations; n'étant soumis à aucune pression par suite de leur siège, ils détermineront moins de gêne, moins de douleurs.

Quant aux mamelles surnuméraires, privées de mamelons, elles ont presque toujours été observées dans la région axillaire; il est donc aussi important de bien définir leur caractère. Dans notre observation III, en quelques heures et à mesure que la fluxion mammaire évoluait, la glande accessoire située au sommet du

creux axillaire gauche augmentait de volume. Les mouvements du bras étaient embarrassés et, en portant la main derrière le grand pectoral, on sentait une petite tumeur bosselée, formée par une masse unique et présentant à sa surface les petits grains glanduleux que nous avons observé sur les prolongements. La peau, ni sur le sein ni à ce niveau, ne présentait rien d'anormal. Le mamelon était sain. La pression était seulement un peu douloureuse sur la glande, qu'il était facile d'isoler. Dans l'aisselle droite, on n'observait rien de semblable. M. Pinard ne trouvant pas les caractères de l'adénite et les causes habituelles de cette lésion faisant défaut, porta le diagnostic de mamelle surnuméraire incomplète. Dans les jours qui suivirent, la glande axillaire présenta les mêmes phases que la glande normale.

Juniah Harris (1) observa une négresse, âgée de 38 ans, qui avait eu huit enfants et qui, depuis sa deuxième grossesse, présentait dans chaque aisselle une petite tumeur. Après le sevrage, ces deux tumeurs diminuaient de volume et, à chaque accouchement, devenaient grosses, s'accompagnaient de dureté et de distension. Une première ponction fut pratiquée après la naissance du cinquième enfant et donna issue à un liquide qui avait toutes les apparences du lait. Lorsque cette femme allaita son dernier enfant, le Dr Harris fit une double ponction, recueillit le liquide et en fit l'analyse microscopique : c'était bien du lait.

(1) Juniah Harris, Gazette hebdomadaire, 1861, p. 468.

Quand les mamelles surnuméraires complètes occupent l'aisselle, elles déterminent la même gêne dans les mouvements du bras; quand elles occupent une autre région, la douleur est surtout provoquée par la pression des mouvements.

Nous retrouverions ici tous les signes que nous avons énumérés précédemment, les sensations fournies par le palper sont les mêmes et l'augmentation de la glande est également rapide. Nous n'y reviendrons pas. A tous ces signes s'en ajoute un nouveau d'une grande importance. En effet, la femme remarque que le prétendu nævus est humide, donne lieu à un écoulement blanchâtre. Lorsqu'on examine la région, on voit que la saillie est surmontée par une petite masse rougeâtre qui n'est autre que le mamelon entouré d'une aréole et pouvant par la titillation acquérir une sorte de turgescence. C'est à ce moment qu'il est facile de constater la présence du lait, ce qui est rapporté dans les observations. Chatard (1), Perreymond, Quenu, Quinquaud, examinèrent au microscope le lait de toutes les mamelles et constatèrent qu'il était identique quelle que fût sa provenance. Enfin, dans quelques cas, le nourrisson a pu être allaité aussi bien par la glande accessoire que par les mamelles. Keator (2) rapporte qu'une femme se servit de ses trois mamelles pour allaiter sept enfants. La quatrième donnait également du lait, mais était trop petite pour être utilisée. La femme qui avait la mamelle à la cuisse éleva quatre enfants.

(1) Chatard. Bulletin général de thérapeutique, 1861, p. 427.

(2) Keator. Gazette hebdomadaire, 1858, p. 199.

Mais si parfois la sécrétion a duré jusqu'au moment du sevrage, il est arrivé aussi qu'elle a cessé au bout de quelques semaines. Ceci n'a rien d'étonnant, puisqu'on ne présentait pas la mamelle au nourrisson, celle-ci ne pouvant pas toujours être utilisée. Puech rapporte qu'elle diminua progressivement et disparut au bout de huit semaines. Dans l'observation de Perreymond, quarante jours après l'accouchement, la glande cesse de sécréter et s'atrophie en même temps que les mamelles pectorales. Chez une femme citée par Champion (1), la sécrétion fut de courte durée et cessa au bout d'une dizaine de jours; la femme n'allaitait pas son enfant.

Ainsi, les mamelles surnuméraires qui sont le siège d'une fluxion identique à celle de la glande normale sécrètent du lait et cette sécrétion peut non seulement durer un certain temps, mais encore servir à l'allaitement. Si cette sécrétion n'est pas utilisée, on la voit diminuer et disparaître. C'est ce qui arrive pour les glandes privées de mamelon qui, au bout de quelques jours, diminuent de consistance et reviennent peu à peu à leur volume primitif. Pour les prolongements, nous voyons, l'enfant étant mort (obs. II), que la sécrétion lactée s'arrêta au bout de quelques jours et, en même temps que les seins, les prolongements diminuaient de volume. Chez une de ces femmes, au contraire, qui allaitait son enfant et qui avait beaucoup de lait,

(1) Champion. Dictionnaire des sciences médicales, art. Multimamme.

l'énorme distension des mamelles rendait la succion plus difficile. Le dégorgement se fit plus lentement, les seins restèrent pendant trois jours durs et tuméfiés, les prolongements passèrent par les mêmes alternatives. Cette femme, qui en était à sa quatrième grossesse, nous disait que le prolongement devenait très mou et ne formait plus au bout de deux mois qu'une saillie bien moins appréciable.

Les phénomènes que présentent ces anomalies au moment de la fluxion mammaire et pendant l'allaitement sont caractéristiques. M. le Dr Pinard (1) les a résumés en quelques mots, savoir : une augmentation ou une diminution de volume coïncidant avec des phénomènes analogues du côté des seins.

Il semble, d'après certaines observations, que les glandes ne se sont révélées qu'à une seconde grossesse. Ces cas sont très rares et, de plus, nous avons remarqué que l'histoire en était incomplète, puisque les auteurs disent bien à quel moment ils les ont observés, mais ne parlent pas des phénomènes antérieurs à cette grossesse.

Enfin, une fois que l'on a constaté l'existence d'une glande accessoire ou d'un prolongement anormal, on voit qu'elle présente les mêmes périodes d'activité et d'atrophie que la mamelle. A chaque grossesse, les mêmes phénomènes s'y reproduisent.

(1) Dr Pinard. Loc. cit.

DIAGNOSTIC.

Les mamelles surnuméraires n'ont pas toujours été reconnues. Dans l'observation de Perreymond, la glande, quoique munie d'un mamelon, fut prise pour un abcès et incisée. Dans un autre cas (Godefrain), le diagnostic d'adénite fut écarté grâce à la consistance et au siège de la tumeur, mais la présence d'un tubercule, laissant par la pression sortir des gouttes de lait, vint seule démontrer l'existence d'une mamelle surnuméraire.

Chez l'homme et chez l'enfant, les mamelles surnuméraires restent rudimentaires et sont toujours indolentes. Lorsque le mamelon existera, on pourra, par les caractères propres à cet organe, arriver au diagnostic; mais il sera plus difficile de constater la présence du tissu glandulaire sous-jacent.

Les glandes accessoires sont souvent le siège de poussées congestives; elles augmentent de volume, deviennent gênantes, parfois douloureuses, mais toutes ces manifestations sont analogues à celles qui se produisent du côté des seins, elles n'apparaissent qu'à des époques déterminées, elles ont une marche toute spéciale, puisqu'elles se répètent à chaque époque des règles, ou surviennent, soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement. Ces particularités, jointes à la présence du mamelon, suffiront le plus souvent pour établir le diagnostic.

Si nous étions en présence d'une lésion inflamma-

toire, phlegmon ou abcès, nous en retrouverions la cause; la peau serait chaude et rouge, les tissus enflammés seraient moins faciles à limiter. Aux symptômes locaux se joindraient les symptômes généraux.

Les tumeurs, outre leur physionomie particulière, présentent une évolution plus lente, ordinairement continue. Il est vrai que leur développement est parfois très rapide, et en supposant qu'il se produise précisément à une des époques dont nous avons parlé, il n'en sera pas toujours de même. Les règles cesseront, la fluxion mammaire aura un terme, et la tumeur continuera de s'accroître, tandis que les glandes surnuméraires passeront par les mêmes alternatives que les glandes normales. Enfin, la présence du mamelon viendra de nouveau éclairer le diagnostic.

Mais ce signe si important, pathognomonique, peut manquer, et nous avons vu que les mamelles surnuméraires incomplètes et les prolongements anormaux se rencontrent le plus souvent dans l'aisselle, région qui contient de nombreux ganglions lymphatiques. D'autre part, les adénites axillaires ne sont pas rares pendant l'allaitement; il est donc d'autant plus important de pouvoir établir le diagnostic, que le meilleur signe différentiel fait défaut.

On devra, dans tous les cas, rechercher si à chaque époque menstruelle et aux précédentes grossesses, ce gonflement ne s'est pas déjà produit. Les variations de volume coïncidant avec des phénomènes analogues du côté des seins et observées un certain nombre de fois, peuvent constituer un signe vraiment pathognomo-

nique. L'absence de tout antécédent, si la femme est primipare et si la glande axillaire est restée indolente jusqu'à ce jour, augmente les difficultés. Mais les circonstances de l'évolution peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Nous rappellerons donc que pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, les femmes ne se plaignent pas, n'accusent ni gêne ni douleur. C'est à mesure que les seins se gonflent, qu'une légère douleur succède à la tension d'abord éprouvée dans l'aisselle, et que les femmes constatent souvent des deux côtés l'apparition presque subite et simultanée de ces tumeurs. Nous dirons enfin que cette évolution si rapide devient bientôt stationnaire, et que les tumeurs perdent de leur consistance à mesure que le dégorgement mammaire se produit. L'état général est du reste très bon ; le pouls reste au-dessous de 100, et la température s'élève à peine au-dessus de 38°.

L'adénite aiguë peut se présenter sous des aspects différents, suivant qu'il y aura ou qu'il n'y aura pas de lymphangite. Dans le premier cas, il y aura lieu d'établir le diagnostic différentiel avec le prolongement ; dans le second, avec la mamelle privée du mamelon.

L'adénite existe seule. A sa première période, elle est caractérisée par l'apparition aux lieux où siègent habituellement les ganglions lymphatiques, d'une ou de plusieurs tumeurs dures, arrondies, roulant sous le doigt et douloureuses. Le siège ou la présence de tumeurs multiples peuvent donc constituer des signes très nets, puisque les glandes surnuméraires forment une

masse unique, et que leur situation est variable, alors que les ganglions sont sous-aponévrotiques et directement appliqués sur la paroi thoracique. Il faudra, en outre, rechercher s'il n'y a pas de lésions au niveau des seins, lésions qui manquent très rarement dans le cas d'adénite. Dans notre observation III, nous avons constaté l'absence de ces lésions, et nous voyons qu'il y avait plutôt une simple gêne dans les mouvements du bras qu'une douleur spontanée. La glande était sous-cutanée, placée directement derrière le grand pectoral, au sommet du creux axillaire; elle avait le volume d'une amande et sa forme aplatie; sa surface était inégale et présentait de petits grains riziformes, semblables aux acini; enfin, elle n'offrait pas la dureté d'un ganglion surdistendu, mais la résistance élastique du tissu mammaire.

Avec l'adénite, il peut y avoir de l'angioleucite, et dans l'aisselle comme sur les membres, le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux lymphatiques et les ganglions s'enflamme facilement. La marche doit être étudiée avec soin. Si l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire de manière à ne former qu'une masse unique, s'étendant de la mamelle à l'aisselle, nous serons en présence d'un adéno-phlegmon qui, quoique à son début, aura des caractères spéciaux. La tumeur adhérera aux tissus voisins qui présenteront de la tuméfaction et de l'empâtement; il sera difficile de limiter ses bords, de la déplacer. La douleur deviendra de plus en plus vive; aux symptômes locaux s'ajouteront des symptômes généraux, légers frissons au début et fièvre.

Ainsi les mamelles surnuméraires et les prolongements anormaux présentent des caractères qui permettent de les reconnaître. Sans doute, une erreur de diagnostic n'aurait pas le plus souvent de bien graves conséquences. Mais toute intervention chirurgicale, au moins inutile, peut retentir fâcheusement sur la fonction mammaire. Une plaie est sujette à des accidents nombreux, et il n'est pas sans intérêt d'éviter à une nouvelle accouchée toute complication.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I (personnelle).

Alexandrine J..., brocheuse, âgée de 34 ans, née à Paris, se présente dans le service de M. Pinard, le 20 janvier 1883, à huit heures du soir, disant qu'elle a éprouvé les premières douleurs vers six heures. Les membranes ne sont pas encore rompues. Elle est enceinte pour la quatrième fois ; ses grossesses et ses accouchements antérieurs se sont passés normalement. Les dernières règles remontent au 15 avril 1882. Le travail suit son cours régulier et à dix heures l'accouchement se termine sans intervention. Après la délivrance il se produit une hémorrhagie qui est arrêtée par l'administration d'ergot de seigle. L'enfant pèse 3 kil. 400 gr.

Alexandrine J... est grande, brune, douée d'une bonne constitution et s'est toujours bien portée. Elle a été réglée à l'âge de treize ans.

De ses trois enfants, les deux premiers qu'elle a nourris sont bien portants; le troisième élevé par une nourrice est mort à deux mois d'une méningite.

Le 22, la fluxion mammaire commence à se produire dans la

soirée. La femme n'accuse qu'un peu de céphalalgie et une soif vive.

Le 23. Pouls 96. Temp. 38°,2.

Le peau est moite, la soif vive, la céphalalgie a persisté; il n'y a pas eu de frisson. Cette femme nous raconte que la sécrétion lactée a toujours été très abondante chez elle et qu'à ses accouchements précédents elle a constaté, dans chaque aisselle, la présence d'une glande qui augmentait rapidement de volume, puis devenait molle et disparaissait presque complètement au bout de quelques semaines.

Les seins sont très durs et très gros. La peau, lisse, tendue, sillonnée de nombreuses veines, est peu épaisse et laisse facilement sentir les lobes mammaires. Les mamelons sont sains, bien conformés; les aréoles très larges et très pigmentées. Les tubercules de Montgomery sont en grand nombre, saillants et laissent sortir à la pression des gouttes de lait.

Du coté gauche au-dessus et en dehors de la mamelle, sous le bord inférieur du grand pectoral, la peau est soulevée par une saillie tri-lobée. Nous trouvons, appliquée sur la paroi thoracique, une tumeur sous-cutanée, longue de 9 centimètres et large de 4, se prolongeant en haut et en arrière jusqu'à la face interne et supérieure du bras. Sa surface est inégale et son épaisseur variable; en effet elle présente des grains riziformes et des petites saillies dont trois, du volume d'une noisette, semblent surajoutées et sont séparées par de légères dépressions. Cette tumeur est facile à limiter et à déplacer. Elle offre la résistance élastique des îlots glandulaires. Elle n'adhère pas aux couches profondes, mais se rattache à la mamelle et semble un peu moins large à ce niveau. La peau ne présente ni chaleur ni rougeur particulière, pas de douleur spontanée, mais un peu de gêne dans les mouvements du bras. La femme n'y éprouve qu'une tension semblable à celle qu'elle éprouve dans les seins.

Du côté droit, et occupant la même région, se trouve une tumeur en tout comparable à celle de gauche. Elle est rattachée à la mamelle et s'étend aussi jusqu'au bras, mais elle est un peu moins volumineuse.

M. le Dr Pinard diagnostique un prolongement anormal de la mamelle.

A la visite du soir, le pouls et la température n'ont pas changé. Le mamelon est moins saillant par suite du gonflement des seins et la succion est difficile et pénible.

Le 24. Pouls 100. Temps 38°,4.

La malade a peu dormi cette nuit; les seins sont très distendus et très durs par suite des difficultés que présente l'allaitement. La soif est toujours très vive. A part un peu de céphalalgie, l'état général est très satisfaisant. Lochies non fétides. Pas de frisson.

Les prolongements de la mamelle sont plus résistants, ont augmenté de volume et par suite changé d'aspect. Les mouvements du bras sont plus gênés que la veille, la pression est un peu douloureuse.

A gauche, les lobules sont plus prononcés et plus consistants; ils forment deux saillies, placées, l'une sur la paroi thoracique, l'autre sur la face supérieure et interne du bras, de manière à se juxtaposer lorsque le membre supérieur est rapproché du corps. Dans l'intervalle, on retrouve du tissu grandulaire qui les unit entre eux et avec la mamelle.

Du côté droit, le prolongement présente des modifications analogues et forme sous la peau deux saillies, l'une thoracique, l'autre brachiale.

Le 25. L'état général est toujours très bon, pouls 93, temp. 38°. Le lait coule abondamment, la succion est devenue facile, aussi les seins sont-ils moins durs et moins tendus. Les prolongements, tout en conservant le même volume, sont plus mous que la veille et moins durs que la mamelle.

Le 26. Pouls 90. Temp. 37°,7

Les seins sont moins tendus, le lait coule avec une grande abondance. Des deux côtés, les saillies formées par les prolongements rappellent l'aspect du premier jour.

Le 27. Pouls 87. Temp 37°,8.

Les deux prolongements sont moins saillants, mais on constate à la palpation qu'ils ont à peu près le même volume; ils sont seulement plus mous, plus dépressibles.

Le 28. Pouls 96. Temp. 38°,5.

La malade accuse de la douleur dans la fosse iliaque gauche ; à la palpation on constate que l'S iliaque est distendu par les matières fécales. Du reste, pas d'autre douleur. L'involution utérine

suit sa marche régulière, les lochies n'ont pas de mauvaise odeur.

Les prolongements présentent une consistance encore plus molle. Les saillies brachiales ont diminué de volume et apparaissent moins que les thoraciques. Il semble que la régression déjà observée commence à s'y produire.

On prescrit un lavement à la glycérine.

Le 29. La malade se sent très bien depuis qu'elle a pu aller à la selle ; la douleur de la fosse iliaque a disparu.

A gauche, le prolongement présente à peu près le même aspect. Il n'en est pas de même à droite, où le prolongement a beaucoup diminué de volume et présente une consistance mollasse. Lorsque nous relevons le bras de la malade, nous voyons le bord inférieur du grand pectoral se dessiner sous la peau. Le creux axillaire est moins effacé que de l'autre côté.

Alexandrine J... quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (personnelle).

Emilie S., journalière, âgée de 18 ans, née à Pouilly (Nièvre), entra dans le service de M. le Dr Pinard le 2 janvier 1883 et accoucha dans la soirée d'un fœtus de six mois environ qui vécut deux heures. Primipare. Le travail ne présenta rien de particulier, la délivrance fut naturelle.

Le 5 janvier, à la visite du matin, Emilie S. se plaint d'avoir dans l'aisselle gauche une tumeur douloureuse qui n'existait pas la veille et a grossi très rapidement. Elle n'a pas de fièvre et n'a pas éprouvé de frisson.

Les mamelons sont sains et bien conformés, les seins sont durs et présentent l'aspect particulier de la fluxion mammaire.

A la hauteur du mamelon et en dehors de la mamelle gauche se présente une saillie se dirigeant vers l'aisselle en suivant le bord inférieur du grand pectoral. La peau très distendue présente à ce niveau une teinte rosée et peu prononcée, mais pas de chaleur particulière. Les mouvements des bras sont gênés et déterminent une légère douleur. A la palpation, on constate la présence d'une tumeur grosse comme une noix, allongée, à grand diamètre antéro-postérieur. Cette tumeur est sous-cutanée, facile à limiter

et à déplacer ; on sent à travers la peau des petits grains durs, ovoïdes, de forme et de consistance semblables aux acini de la mamelle. Cette tumeur n'adhère pas aux tissus voisins, mais se rattache à la mamelle par sa portion interne.

A droite, nous trouvons une tumeur analogue mais plus petite ; elle est moins sensible à la pression.

M. le Dr Pinard diagnostique un prolongement anormal de la mamelle.

Le 6. L'état général est très bon. Les seins et les prolongements n'ont pas changé d'aspect. A gauche, la peau est moins tendue et ne présente plus de rougeur. Des deux côtés, les prolongements ont perdu de leur consistance. On sent facilement sur toute leur surface de petits grains glanduleux.

Le 8. Le dégorgement des mamelles continue à se faire. Les prolongements sont un peu moins volumineux et surtout plus mous, plus dépressibles que la veille. La douleur a disparu, les mouvements des bras ne sont plus gênés.

Le 11. Emilie S. quitte l'hôpital sur sa demande. L'état général étant resté toujours très bon et les suites de couches ayant eu leur cours physiologique. Pendant les deux derniers jours, les prolongements diminuèrent un peu de volume à mesure que, comme les seins, ils devenaient moins consistants.

OBSERVATION LIII (personnelle).

Alphonsine Le H., couturière, âgée de 19 ans, née à Brest, est entrée dans le service de M. le Dr Pinard le 3 février 1883. Cette femme est brune, de petite taille et de chétive apparence. Elle a toujours eu une santé délicate et reste seule de huit enfants. Sa mère est morte phthisique. Elle a marché très jeune et n'a jamais eu de manifestations strumeuses. Ses règles ont apparu pour la première fois à quatorze ans ; depuis elles sont régulières.

Elle a fait le 16 novembre 1881, un avortement sur lequel elle ne peut fournir aucun détail.

Ses dernières règles ont eu lieu le 6 mai 1882, sa grossesse a été normale. Elle perdait, dit-elle, des eaux depuis deux jours lorsque les premières douleurs se manifestèrent le 4 février vers qua-

tre heures. Elle accoucha dans la nuit vers deux heures d'une fille pesant 2 kil. 250 gr. Travail régulier, délivrance naturelle.

Le 7, au matin, elle accuse dans l'aisselle gauche une tension douloureuse. Les mamelons sont un peu petits, mais très sains. L'aréole est étroite, à peine pigmentée, nous n'y trouvons pas de tubercules de Montgomery. La peau des seins est très blanche. Les glandes mammaires sont gonflées et la pression fait sortir des gouttes de colostrum.

Au sommet du creux axillaire et placée derrière le grand pectoral, nous trouvons une petite tumeur sous-cutanée de la grosseur d'une amande et de forme aplatie. Elle n'adhère ni à la peau ni aux couches profondes, elle est bien isolée. Sa surface est inégale et présente de petites saillies résistantes et élastiques donnant les mêmes sensations que le tissu mammaire. La douleur légère causée par la pression est absolument limitée à son niveau. Ni chaleur, ni rougeur de la peau, l'état général est très bon.

M. le Dr Pinard diagnostique une glande accessoire privée de mamelon.

Le 8. L'allaitement est difficile par suite de la petitesse du mamelon; la sécrétion lactée est du reste très faible, la glande axillaire n a pas changé d'aspect.

Le 9. La sécrétion lactée reste toujours aussi pauvre, les mouvements du bras sont gênés. La glande accessoire, aussi grosse que la veille, est plus molle, plus dépressible, ce qui permet de mieux sentir de petits grains glanduleux.

Les 10 et 11. Le gonflement des seins diminue, la glande axillaire n'est plus douloureuse et se laisse plus facilement déprimer entre les doigts.

L'état général a toujours été très bon; les suites de couches sont régulières et normales.

Cette femme étant restée quelque temps à l'hopital, à cause des soins que nécessitait la faiblesse de son enfant, nous avons pu l'observer à un moment assez éloigné de l'accouchement. Voici ce que nous constatons lorsque la malade quitte l'hôpital le 24 février.

Les seins sont revenus à leur état habituel, la sécrétion lactée est nulle; la glande accessoire forme une masse assez molle, dépressible et se laissant facilement déplacer; elle est moins grosse

que pendant les premiers jours: elle a conservé sa forme aplatie. La pression n'est nullement douloureuse.

OBSERVATION IV (personnelle).

Notre thèse était terminée quand nous avons recueilli cette observation. La glande accessoire présenta les manifestations que nous avons constatées dans les autrès cas. Nous ferons remarquer qu'elle ne diminua pas de volume pendant le temps que la femme resta dans le service.

Pauline B., tapissière, âgée de 21 ans, entre le 15 mars 1883 à l'hôpital Lariboisière, service de M. Pinard. Cette femme, blonde, douée d'une bonne constitution, accuse dans ses antécédents plusieurs maladies, pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu. Elle a marché très jeune et n'a jamais eu de manifestations strumeuses. Elle a été réglée à treize ans, depuis ses règles sont régulières et durent quatre ou cinq jours. A la fin de décembre 1881, elle accoucha d'un garçon qui se présenta par le sommet. La grossesse, l'accouchement et la délivrance ne présentèrent rien de particulier. L'enfant fut placé en nourrice et mourut à l'âge de trois mois.

Ses dernières règles ont eu lieu du 20 au 25 mai 1882. Sa grossesse s'est bien passée. Les premières douleurs apparaissent le 15 mars à onze heures du soir. Le 16 mars, la dilatation est complète à trois heures et l'accouchement se termine à trois heures et demie du matin. Présentation O. I. G. A. Délivrance naturelle. Poids de l'enfant (fille), 3 kil., 800.

L'état général a toujours été très bon, les suites de couches ont suivi leur cours régulier et la fluxion mammaire se produit dans la journée du 17 mars. Les seins très volumineux donnaient du lait en grande abondance; le mamelon était bien conformé, l'aréole peu prononcée et peu pigmentée. Pendant les premiers jours, l'allaitement se fit bien, mais il devint pénible à dater du 20 mars, quelques érosions s'étant produites.

Le 21 mars au matin, nous trouvons sur les mamelons quelques petites érosions plus prononcées à gauche. Il n'y a pas de lymphangite. La pression ne provoque pas de douleur au niveau des mamelles, cette femme nous raconte qu'elle a dans l'aisselle droite « une glande » qui gêne les mouvements du bras et qui devient parfois douloureuse.

Elle a remarqué sa présence pour la première fois il y a environ trois ans et, dit-elle, alors qu'elle ne pouvait pas encore être enceinte. Elle éprouva d'abord une certaine gêne à ce niveau, gêne qui était continue, mais beaucoup plus prononcée à chaque époque menstruelle. A ces moments-là et pendant toute la durée des règles, elle éprouvait une douleur assez vive se propageant dans tout le bras et la forçant à suspendre son travail. Elle observa ces faits un certain nombre de fois, puis devint enceinte. Dès le début de la grossesse, la glande axillaire augmenta de volume et fut comme la mamelle le siège de picotements et d'élancements douloureux. Après l'accouchement, la glande augmenta encore de volume et devint plus dure pendant quelques jours. Elle détermina de la douleur, douleur qui ne disparut pas complètement et s'accusait surtout aux époques des règles.

Pendant sa seconde grossesse et après l'accouchement, les mêmes phénomènes s'y reproduisirent, mais elle n'en parla pas.

Nous voyons aujourd'hui que le creux axillaire droit est effacé, surtout dans sa partie antérieure, que la peau de cette région est soulevée, mais ne présente rien de particulier.

A la palpation, nous trouvons, placée directement sous la peau, une tumeur du volume d'un œuf, de forme allongée, située derrière le bord inférieur du grand pectoral et empiétant sur la surface interne et supérieure du bras. Cette tumeur est assez molle, il est facile de la limiter et de la déplacer; elle est parfaitement isolée de la mamelle et n'adhère pas aux tissus voisins. En la comprimant entre les doigts, nous sentons un grand nombre de grains riziformes. La pression est douloureuse et la douleur est absolument limitée à son niveau.

Du côté droit nous ne trouvons rien de semblable.

M. le Dr Pinard diagnostique une glande accessoire et prescrit de laisser à demeure sur les mamelons une compresse trempée dans une solution d'acide borique et recouverte par du taffetas

gommé. Les seins sont soutenus à l'aide de plusieurs couches de ouate.

Le 22. Cette femme a éprouvé hier un frisson qui fut bientôt accompagné d'une élévation de température (40°). Elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé, mais elle était très agitée. M. Boissard, interne du service, fut appelé et après avoir constaté que les urines contenaient de l'albumine prescrivit un lavement au chloral.

Aujourd'hui cette femme va bien; elle est un peu fatiguée et encore assoupie. Du reste pas de fièvre ; lochies non fétides, pas de douleur abdominale.

La glande axillaire présente le même aspect que la veille.

Traitement des érosions. Diète lactée.

Le 23. La malade se dit très bien; son état général est bon, pas de fièvre, l'urine présente encore des traces d'albumine.

Elle nous dit que la glande de l'aisselle a du beaucoup diminuer de volume, puisqu'elle n'en éprouve plus aucune gêne. Cependant il est facile de constater què son volume est le même, elle est seulement un peu moins dure. Malgré les érosions qui sont en voie de guérison elle allaite son enfant; les seins sont mous, toute tension a disparu, phénomènes qui coïncident avec ceux de la glande axillaire.

Le 24. Etat généra très bon. Les érosions sont presque guéries surtout à gauche, l'allaitement est moins pénible. La glande axillaire plus molle, reste aussi volumineuse.

Les jours suivants la glande axillaire n'a pas changé d'aspect; mais elle ne détermine aucune gêne; la pression n'est plus douloureuse à son niveau. Les érosions sont complètement guéries.

Cette femme quitte l'hôpital le 27 mars.

CONCLUSIONS.

1° Les mamelles surnuméraires peuvent exister avec ou sans mamelon. Dans le premier cas, leur siège est très variable (régions sous-mammaire, axillaire, épigastrique, épaule et cuisse). Dans le second elles siègent au-dessus de la glande normale, presque toujours dans le creux axillaire.

2° La mamelle présente dans certains cas des prolongements anormaux qui se dirigent le plus souvent vers l'aisselle, quelquefois vers la clavicule et le sternum.

3° Ces anomalies sont constituées par les mêmes éléments que la mamelle et comme celle-ci, présentent dans leur évolution différentes phases d'atrophie ou d'activité.

4° C'est au moment de la fluxion mammaire qu'elles prennent leur plus grand développement.

5° Par ordre d'importance, les signes qui permettent de les reconnaître sont :

A. La présence d'un mamelon, la sécrétion lactée.

B. Un gonflement s'étant déjà produit plusieurs fois et à des époques déterminées, puberté, menstruation, commencement de la grossesse.

Ces signes pathognomoniques peuvent manquer. En leur absence le diagnostic s'appuiera sur les circonstances de l'évolution.

C. Augmentation de volume rapide, presque subite, coïncidant et ayant débuté avec la fluxion mammaire; intégrité des tissus voisins, la congestion restant limitée à la glande accessoire ou au prolongement ; présence de petits grains glanduleux et consistance élastique propre au tissu mammaire; absence de symptômes généraux; enfin dans les jours qui suivent, diminution de volume coïncidant avec des phénomènes analogues du côté des seins.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulations de la colonne vertébrale.

Physiologie. — Usage du nerf grand sympathique.

Physique. — Chaleur animale.

Chimie. — Des combinaisons du phosphore avec l'oxygène; préparations et propriétés des acides phosphoreux et phosphorique.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des batraciens. Comment les distingue-t-on? De la grenouille, du crapaud, leurs produits.

Pathologie externe. — Des luxations de l'astragale.

Pathologie interne. — De l'ulcère chronique simple de l'estomac.

Pathologie générale. — De la contagion de l'infection.

Anatomie pathologique. — De l'hypertrophie glandulaire.

Médecine opératoire. — Du mode d'application des caustiques minéraux.

Pharmacologie. — Du vinaigre du vin; quelles sont les altérations qu'on lui fait subir et des moyens de les re-

connaître? Quels sont les principes que le vinaigre enlève aux plantes? Comment prépare-t-on les vinaigres médicinaux ?

Thérapeutique. — De l'accoutumance en thérapeutique.

Hygiène. — Des pays chauds.

Médecine légale. — Quelle est la valeur relative des faits sur lesquels un expert peut se fonder pour affirmer qu'il y a empoisonnement ?

Accouchements. — Des vomissements incoercibles.

Vu par le président de la thèse,
PAJOT.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.